



ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO

Lembre-se: faça uma carta justificando a necessidade da concessão da bolsa de estudo, e anexe-a.

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO:

Nome: _____

() Fem. () Masc. Solicitação de Bolsa para o ano _____ para o período _____

No período atual o aluno usufruiu de Bolsa de estudo? () não () sim, com o percentual de _____%

Aluno Veterano () não () sim Aluno Ingressante () não () sim

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL CASO O ALUNO SEJA MENOR DE IDADE:

Nome: _____

Email: _____

() Fem. () Masc.

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Telefones: () _____ / () _____

Profissão/Atividade: _____

() Assalariado () Liberal () Autônomo () Aposentado/Pensionista () Empregador () Servidor Público ()

Trabalhador Rural () Afastado (auxílio doença ou acidente de trabalho) () Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: _____ CPF: _____ Telefones: () _____ / () _____

Empresa: _____ Cargo: _____ Admissão: _____

Endereço Profissional: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone Comercial.: () _____

Salário BRUTO: _____ Mês de Referência: _____

Quadro de composição familiar

Nome	Parentesco	Idade	Profissão/ Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda Bruta (R\$)
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						

8-						
Total						

Outros Rendimentos – ainda não declarados acima

Pensão alimentícia	R\$
Outra Pensão ou Aposentadoria	R\$
Poupança, renda ou outras aplicações financeiras	R\$
Auxílio recebido por outra pessoa que não seja do núcleo familiar (apresentar declaração)	R\$
Aluguel Recebido	R\$
Total	R\$

Valor total da Soma da Renda Bruta Familiar e da Renda de Outros Rendimentos:

R\$ _____

Renda Per Capita: (valor da renda bruta dividido pelo nº de pessoas da família)

R\$ _____ **Informações da Moradia**

() Próprio – valor do imóvel	() Alugado – valor do aluguel	() Cedido – nome do proprietário e parentesco com estudante	() Financiado – valor da prestação
R\$	R\$		R\$
R\$	R\$		R\$

Informações de Veículos

Marca/modelo	Ano de Fabricação	Valor do Automóvel	Se financiado Valor da parcela
		R\$	R\$
		R\$	R\$
		R\$	R\$

SAÚDE

Membros do grupo familiar que apresentam patologias

(Incidência de pessoas submetidas a tratamentos médicos, terapêutico e/ou que façam uso contínuo de medicamentos e portadores de deficiência física):

Nome	Parentesco	Patologia	Valor da despesa Mensal
1-			R\$
2-			R\$
3-			R\$
4-			R\$

Despesas Mensais Básicas

Aluguel ou Prestação Casa Própria	R\$	Mensalidade escolar	R\$
Alimentação	R\$	Outras despesas mensais com educação	R\$
Luz	R\$	Financiamento / Auto	R\$
Telefone e Internet	R\$	Outro Financiamento	R\$
Água	R\$	Outra despesa mensal não especificada acima	R\$
Condomínio	R\$		
IPTU /mensal	R\$		
Transporte	R\$		
Plano de saúde	R\$		
Outras despesas mensais com saúde	R\$	Valor total das despesas	R\$

PROGRAMAS SOCIAIS

O grupo familiar participa de programas de transferência de renda? () não () sim

() Auxílio Emergencial (desastre, calamidade pública ou situação emergencial)

() Benefício de Prestação Continuada - BPC (LOAS)

() Auxílio Brasil

() Outros. Especificar _____

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e idôneos os documentos que o acompanham, declarando-me, ainda, ciente de que a falsidade ou divergência nas informações acarretará o indeferimento sumário do pedido ou a suspensão do benefício, caso tenha sido concedido. Sendo minha a responsabilidade administrativa, civil e criminal pelas informações prestadas.

Local/Data: _____, _____/_____/_____

Assinatura

CPF _____